Aus der chirurgischen Universitätsklinik Halle-Wittenberg.

Auszug

aus der

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

vorgelegt von

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Siegfried Hillenberg

aus Halle a. d. S.

Referent: Prof. Dr. Voelcker, Halle a. d. S.

Halle a. d. S. 1922.
Buchdruckerei Emil Wolff & Söhne.

Das Os trigonum und die Fraktur des Processus posterior tali.

Das Os trigonum ist zum ersten Male 1804 von Rosenmüller beschrieben. Es befindet sich hinter dem Processus posterior tali, steht durch Bänder zum oberen und unteren Sprunggelenk und zum Talus in Beziehung, ist am Lebenden nur röntgenologisch nachzuweisen, sein Vorkommen ist berechnet auf 3 bis 7,4 v. H. Die ältesten Anatomen zählten es zu den Sesambeinen. Diese Klassifizierung ist falsch, da Sesambeine stets zu Muskeln und Sehnen ein bestimmtes Verhältnis haben.

Gruber rechnet es 1864 zu den Epiphysen. Es entstände aus einem anormalerweise vorkommenden II. Ossifikationszentrum des Talus, aus dem sich das Os trigonum entwickele, wenn die normalerweise stattfindende Verschmelzung der beiden Zentren zu einem Knochenstück ausbleibe. Da Epiphysen konstant sind, sich stets mit dem zugehörigen Knochen vereinigen und das Verhältnis von Epiphyse zu Diaphyse nie so variiert, wie das von Os trigonum zu Talus, so kann das Os trigonum nicht als Epiphyse aufgefaßt werden.

Pfitzner gruppiert es unter die akzessorischen Skelettstücke, für die als Kriterium Thilenius folgendes fordert:

1. hyalin-knorplige Anlage,
2. typische Lagebeziehung,
3. Verfolgbarkeit durch die Tierreihe.

Da diese Forderungen beim Os trigonum erfüllt werden (Bardeleben), so rechnen wir es zu den akzessorischen Skelettstücken. Sie sind ausgezeichnet durch symmetrisches Vorkommen, eine geringe Lebenskraft, Wandertrieb, das Bestreben, sich an konstante Knochen anzuschließen, durch die „Koaleszenz", eine eigentümliche Art der Knochenverschmelzung, und durch die Eigenschaft, an den Erkrankungen ihrer Wirte wie Arthritis deformans und anderen chronischen Entzündungszuständen teilzunehmen.

Es ist anzunehmen, daß nicht allen Fällen von Os trigonum, die als solche beschrieben werden, diese Varietät zugrunde liegt. Es gibt eine isolierte Fraktur des Processus posterior tali, die dadurch, daß der Processus als kurzer Knochen ein geringes Anheilungsbestreben hat, im Röntgenbilde und in der Leiche das Vorliegen eines Os trigonum vortäuschen kann. Diese Fraktur, nach Shepherd benannt, ist lange als unmöglich bezeichnet. Vollbrecht, Scherließ, Grunert und v. Assen bringen aber sichere Fälle von isolierter Fraktur des Processus posterior tali. Der Mechanismus ist folgender: 1. Abrißfraktur, plötzliche starke Dorsalflexion und extreme Varusstellung des Fußes, Zerrung des Ligamentum talo-fibulare; 2. direkte Gewalt, nur möglich, wenn im Liegen die Achillessehne entspannt ist oder Plattfuß vorliegt, d. h. Talus ist nach innen verschoben; 3. der häufigste Modus: Abstemmung des Processus durch den hinteren scharfen Tibiarand bei extremer Plantarflexion.

Symptome: Schmerz, Schwellung, reaktive Entzündung, Bewegungshemmung, Gang in Equino-Varusstellung, akuter Schmerzpunkt in der Mitte zwischen dem inneren Knöchel und dem Ansatz der Achillessehne. Flexionsbeschränkung der großen Zehe; Druck auf die Malleolen nicht schmerzhaft. Dislokation und Krepitation ganz selten.

Diagnose auf Grund obiger Symptome und des beiderseitig aufzunehmenden Röntgenbildes.

Therapie: Beseitigung der Spitzfußstellung, Eingipsen in rechtwinkliger Stellung, zwei bis drei Wochen

Ruhe, dann mediko-mechanische Behandlung. Bei dauernden zurückgebliebenen Beschwerden Exstirpation des Fragments.

Prognose: Gut, doch kann Erwerbsbeschränkung eintreten.

Für Unfallgutachten ist die Kenntnis vom Os trigonum durch beiderseitiges Röntgenbild wichtig.

Ergebnisse.

1. Das Os trigonum ist ein inkonstantes akzessorisches Knochenelement.
2. Durch indirekte, selten durch direkte Gewalt kommt eine isolierte Fraktur des Processus posterior tali vor.
3. Die Diagnose stützt sich auf die klinischen Erscheinungen und das Röntgenbild.
4. Zum Vergleich ist stets eine Röntgenaufnahme auch des gesunden Fußes zu machen.
5. Die Begutachtung hat außer der Röntgenaufnahme auch die Folgen einer Zerreißung des Fußgelenkbandapparates resp. einer „Luxation" des Os trigonum in Betracht zu ziehen.